

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

687

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Jean ORGOGOZO

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
né le 16 juillet 1910 à Bayonne (Basses-Pyrénées)

*Essai sur deux réalisations
prophylactiques dans la lutte
contre la lèpre*

Président : M. TANON, Professeur.

JACQUES HAUMONT

48, rue Boissonade

PARIS

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Jean ORGOGOZO

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

né le 16 juillet 1910 à Bayonne (Basses-Pyrénées)

*Essai sur deux réalisations
prophylactiques dans la lutte
contre la lèpre*

Président : M. TANON, Professeur.

JACQUES HAUMONT

48, rue Boissonade

PARIS

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUDRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT
Assistance Médico-sociale	
	HAZARD
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIE
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	LACOMME	Obstétrique.
BARIETY	Pathologie médicale.	LANTUEJOL ..	Obstétrique.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BERNARD (E.)..	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BESANÇON (J.).	Hydrologie.	LELONG	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BULLIARD	Histologie.	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY ..	Pharmacologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
COSTE	Pathologie médicale.	MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.	MOLLARET ...	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOREAU	Pathologie médicale.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.	MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GASTINEL	Bactériologie.	PETIT-.....	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART		DUTAILLIS	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.	PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
EYET	Physiologie.	PORTES	Obstétrique.
DE GENNES ...	Pathologie médicale.	RENARD	Ophthalmologie.
FIROUD	Histologie.	RICHET	Physiologie.
MAGUENAU	Pathologie médicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
MALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
MUGUENIN	Anatomie pathologique.	VIGNES	Obstétrique.
MOANNON	Hygiène.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.		MM.	
BLGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER ...	Obstétrique.
CHAILEY-BERT	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie
GUENIOT	Obstétrique.	SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
HEITZ-BOYER .	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .		BASSET	
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	Clinique chirurgicale.
CHABROL		GATELLIER ...	
DONZELOT	Clinique médicale.	MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL-			
LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEROUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune apurobation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris

Professeur de Médecine Coloniale

Conseiller technique du Ministère de la Santé Publique

Inspecteur général des Services techniques d'hygiène

à la Préfecture de Police

Officier de la Légion d'honneur

Membre de l'Académie de Médecine

A MONSIEUR PHILIPPE NAVARRE

Professeur d'Anatomie Pathologique

à l'Ecole de Médecine de Caen

Sous-Directeur de l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie

à la Faculté de Médecine de Paris

qui m'a inspiré le sujet de ce travail.

AU DOCTEUR RAGU

*qui a bien voulu me guider dans
mes recherches.*

A MON MAITRE ET AMI LE DOCTEUR TURIAT

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stages

LE PROFESSEUR ROBERT DEBRE

LE PROFESSEUR AUBERTIN

LE PROFESSEUR OMBREDANNE

LE PROFESSEUR LENORMANT

Externat

LE DOCTEUR ROBERT MONOD

(Chirurgien des Hôpitaux)

LE PROFESSEUR MOREAU

LE DOCTEUR PARAF

LE DOCTEUR GARCIN

LE DOCTEUR DESNOYERS

(Accoucheur des Hôpitaux)

LE DOCTEUR ANDRÉ MOULONGUET

(Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux)

LE DOCTEUR MAURICE LAMY

INTRODUCTION

Depuis les découvertes de HANSEN, la plupart des auteurs admettent que la lèpre se transmet presque toujours par contagion.

C'est donc contre la contamination que doit porter le principal effort de la prophylaxie.

Evidemment, une prophylaxie individuelle bien appliquée par chaque lépreux pourrait suffire, mais rares sont les individus capables, même dans une nation civilisée, de prendre les précautions nécessaires; bien souvent, le lépreux est indifférent, sinon hostile, à la société et il néglige les précautions qui mettent à l'abri les autres humains.

Il a donc fallu préserver les populations et exercer une contrainte sur les malheureux atteints de cette affection.

L'isolement des lépreux est devenu une règle prophylactique que la majorité des auteurs a adopté.

Les différentes conférences internationales sur la

lèpre, qui mettaient en contact les léprologistes du monde entier, ont contribué à répandre cette méthode, d'ailleurs connue de la plus haute antiquité.

Mais l'isolement, tel qu'il est pratiqué dans le monde moderne pour mettre les sujets sains à l'abri de la contamination, a pour compensation, aux yeux du lépreux, le traitement qu'on lui prodigue et par lequel il peut espérer guérir.

Les premières conférences internationales sur la lèpre avaient établi des règles prophylactiques très rigoureuses.

Depuis quelques années s'ébauche une tendance vers une prophylaxie moins sévère.

On essaie autant que possible de pratiquer l'isolement mitigé qui permet aux lépreux contagieux de rester dans leurs familles.

On pratique davantage le traitement ambulatoire dans les formes non contagieuses.

Des organisations prophylactiques, ayant pour base l'isolement, ont été réalisées dans différents pays.

Dans ce très modeste travail, nous avons essayé d'en décrire deux.

La première en Nouvelle-Calédonie.

Nous avons choisi cette colonie, car son organisation a été complètement refaite d'après les directives de la Commission consultative de la lèpre.

Il est certain qu'il y aurait beaucoup à dire sur les différentes colonies françaises; en particulier, sur l'organisation de l'Afrique Occidentale Française, sur l'Institut

de Bamako, auquel le commandant ROBINEAU a consacré tant d'activité; sur celles de Madagascar, du Maroc, des Antilles, etc.

Dans la Nouvelle-Calédonie, après bien des tâtonnements, le gouvernement français a été obligé d'isoler les lépreux indigènes dans des établissements spéciaux, car on ne pouvait obtenir d'eux qu'ils prennent les précautions nécessaires à l'isolement d'un lépreux à domicile.

Seuls, les Européens peuvent, dans certains cas, être isolés à domicile.

L'autre exemple est tiré du Brésil.

Ce pays a réalisé en quelques années une magnifique organisation de lutte antilépreuse. On y pratique les différentes modes de ségrégation.

De plus on y a créé un réseau de dispensaires antilépreux, qui assurent :

Le dépistage des cas de lèpre;

Le traitement des malades ambulatoires;

La vulgarisation des notions essentielles sur la lèpre.

Enfin, le Brésil possède de grands centres d'études sur la lèpre.

NOUVELLE-CALEDONIE

La lèpre fut signalée en Nouvelle-Calédonie par REBUFFAT en 1865.

L'insurrection canaque de 1878 contribua dans une large mesure à la dissémination de la maladie par les mouvements d'individus qu'elle entraîna.

Jusqu'en 1889 elle sévit seulement parmi les indigènes.

A cette date, un Européen contracta la maladie et, à partir de ce moment, on s'occupa enfin d'enrayer le fléau.

Trois léproseries régionales furent construites, puis abandonnées pour une léproserie unique : l'île d'Ars, au nord de la Nouvelle-Calédonie.

L'administration pénitentiaire créait aussi dans l'île une léproserie, destinée à recevoir ses administrés.

Mais il n'y avait pas de médecins pour traiter les lépreux, et l'état sanitaire des établissements était lamentable.

L'enfer de l'île d'Ars fut supprimé. Des léproseries s'organisèrent un peu partout, et chaque tribu en avait une.

Les résultats n'étaient guère brillants et le nombre de lépreux progressait sans arrêt.

En 1911, seulement, le service commence à s'organiser. Le docteur LEBŒUF, aidé par le docteur SALOMON, crée un laboratoire de bactériologie, qui deviendra l'Institut Gaston-Bourret, en mémoire de son directeur, le médecin-major de 1^{re} classe des troupes coloniales, Gaston BOURRET, mort victime du devoir en 1917 (peste pulmonaire contractée au cours d'une manipulation).

En 1911, une commission des experts fut constituée. Elle comprenait deux membres : le directeur du service de santé et le directeur du laboratoire, qui examinaient les lépreux suspects.

Ils commencèrent le contrôle et le classement des lépreux. Mais la guerre vint paralyser l'action du Centre.

En 1919, la lutte antilépreuse recommence. Les léproseries partielles sont supprimées progressivement.

En 1935, la direction de tous les services passe au Service de Santé.

Actuellement, le service de lutte contre la lèpre est bien organisé. Il comprend :

Un organisme central : l'Institut Gaston-Bourret;

Des formations sanitaires spéciales;

Un organisme annexe, semi-officiel : le Comité de lutte contre la lèpre. (De plus, les missions catholiques et

protestantes de l'île portent secours aux lépreux avec un dévouement inlassable.)

Fonctionnement du service de la lutte contre la lèpre en 1938

A — L'INSTITUT GASTON-BOURRET

Est installé dans des locaux inclus dans le périmètre de l'hôpital colonial de Nouméa, mais il en est indépendant.

Son personnel est représenté par un médecin des troupes coloniales, sortant en principe de l'Institut Pasteur, et un médecin-adjoint non spécialisé.

Ces médecins ont fait avant leur départ un stage dans les laboratoires du Professeur MARCHOUX, pour se familiariser avec la lèpre.

Ces médecins sont aidés dans leur tâche par :

- une infirmière préparatrice;
- une secrétaire dactylographe;
- deux plantons indigènes.

Le directeur de l'Institut Gaston-Bourret assure le fonctionnement du laboratoire, entretient les rapports avec les autres services, effectue les expériences et les recherches sur la lèpre, contrôle la marche générale du service antilépreux.

Le médecin adjoint s'emploie plus particulièrement aux tournées de dépistage en brousse.

Ces deux médecins veillent au fonctionnement du sanatorium de Ducos.

Enfin, et c'est une tâche très délicate, ils tiennent à jour le contrôle nominatif des lépreux et des suspects de la colonie.

ORGANISATION DU CONTRÔLE DES MALADES

Les malades sont classés en trois catégories : lépreux contagieux, lépreux non contagieux et suspects.

Tout malade, quel qu'il soit, possède une feuille, dite de renseignements, qui porte les indications suivantes :

Nom, prénoms, surnoms, numéro de classement, race, sexe, date de naissance, tribu;

Antécédents personnels et familiaux;

Forme de la maladie : cutanéomuqueuse, nerveuse, latente;

Lésions : ouvertes ou fermées;

Possibilité ou non de l'isolement à domicile (ou en tribu);

Observations : signes cliniques, examens de laboratoire, décisions prises, mutations, traitements, etc.

La feuille est dactylographiée en deux exemplaires. Un de ceux-ci est classé dans les archives de l'Institut et l'autre est envoyé au médecin de la circonscription où se trouve le malade.

Au moment du dépistage, le médecin établit deux fiches donnant la topographie des lésions, le résultat des

différents examens. Il en garde une dans le dossier de l'individu; l'autre sera gardée et classée à l'Institut.

Il y a de plus un système de fiches plus petites, partant plus maniables, avec un résumé de l'observation, et les résultats des examens de laboratoire, quels qu'ils soient.

Cette fiche, accompagnée de la feuille topographique, est classée dans une chemise portant le nom de la tribu.

Les tribus sont classées par districts, les districts par circonscriptions.

Le classement des fiches mobiles est variable.

Les fiches des Européens lépreux sont classées par ordre alphabétique.

Il en est de même pour les immigrés, à l'exception des suspects, qui sont rapatriés sur leur pays d'origine et ne figurent pas sur les listes de contrôle de l'Institut.

Le classement des fiches des indigènes lépreux ou suspects est différent de celui des Européens et des immigrés; comme ils changent souvent de nom, on se base sur le nom de leur tribu et sur leur numéro de classement.

Ainsi, les lépreux non contagieux sont groupés d'abord par villages spéciaux, puis par numéro d'ordre; des fiches de couleur donnent le nom de la tribu et le numéro d'ordre de la tribu de l'indigène en question.

Les fiches des indigènes lépreux non contagieux, autorisés à résider dans les tribus, et des suspects sont groupées de la même façon, mais par circonscriptions;

un deuxième jeu de fiches permet de savoir à quelle tribu ils appartiennent.

Enfin, les fiches des déclassés et des décédés sont classées à part par année et par numéro d'ordre.

Le contrôle est complété par le pointage fait sur les rapports mensuels et trimestriels fournis par les médecins des circonscriptions et sur des états spéciaux envoyés par les syndics.

B. — FORMATIONS SANITAIRES SPECIALES

La direction générale incombe au directeur du Service de Santé, à qui revient aussi le soin de les administrer depuis le 1^{er} janvier 1938.

Le secrétaire de la direction tient les écritures et s'occupe des approvisionnements.

Les formations sanitaires sont au nombre de sept; il y aura de plus un village agricole spécial, actuellement à l'état de projet.

Ces formations sont : le sanatorium Ducos et six villages agricoles spéciaux.

De plus, le premier étage du pavillon d'isolement de l'hôpital colonial de Nouméa a été réservé aux lépreux.

I. — LE SANATORIUM DE DUCOS

Reçoit depuis 1918 tous les Européens, tous les immigrés et les indigènes de la côte Ouest (iles Bélep, Ouen et des Pins comprises).

Organisation

Le personnel médical est composé :

Du directeur du Service de Santé, qui est directeur du sanatorium;

Des médecins de l'Institut Gaston-Bourret, médecins traitants;

De sœurs infirmières, de la congrégation de Saint-Joseph de Cluny, au nombre de quatre;

D'aides-infirmiers et infirmières, recrutés parmi les malades en nombre variable.

Le fonctionnement administratif est assuré par :

Un gardien-chef européen, non malade;

Un certain nombre de plantons indigènes, sains.

Les médecins traitants s'occupent aussi de la direction du sanatorium.

Situation

Le sanatorium de Ducos est installé à la pointe de la presqu'île de Ducos, où il occupe trois vallées : N'Ki, N'Du et Nimbo.

La vallée de N'Ki est réservée aux Européens et aux immigrés.

Celle de N'Du aux indigènes et celle de Nimbo aux Européens non contagieux, autorisés à sortir, mais qui, dépourvus de ressources, ont été recueillis dans le sanatorium.

Ces malades sont nourris gratuitement pendant une période d'un an, renouvelable.

Habitation

Tous les malades sont logés gratuitement.

Les Européens mariés ont à leur disposition une petite maison de deux pièces, avec dépendance et jardin.

Les Européens célibataires sont réunis dans des bâtiments, où ils ont chacun leur chambre.

Les immigrés sont rassemblés dans une construction spéciale, où ils disposent d'une pièce.

Les indigènes sont groupés en dortoirs; les mariés ont la libre disposition d'un bâtiment, où ils ont une pièce chacun.

Les lépreux malades sont soignés dans les infirmeries et peuvent y être isolés dans des pièces particulières si leur état le nécessite.

Ameublement

Il est fourni par l'établissement, de même que l'habillement.

Quant à la nourriture, elle est fournie par l'établissement et préparée dans la cuisine centrale du sanatorium.

Les malades valides doivent assurer : l'entretien de leur domicile, le blanchissage de leurs vêtements.

Les impotents peuvent faire blanchir chaque semaine une certaine quantité de linge.

Les plantons assurent l'entretien général de l'établissement.

Correspondance

Les malades peuvent correspondre avec l'extérieur. Ils ont la franchise postale. Leur courrier est désinfecté à l'Institut Gaston-Bourret.

Enfin, ils ont une cabine téléphonique à leur disposition.

Les visites sont autorisées; mais il est interdit aux visiteurs de stationner à l'intérieur du sanatorium et de pénétrer dans les habitations, sauf quand le malade est invalide.

Les sorties et entrées sont prononcées par le médecin traitant après approbation du directeur du Service de Santé.

Les distractions ne sont pas ménagées aux malades : bibliothèque, salle de réunions, jeux divers, cinéma parlant tous les quinze jours, T.S.F., etc.

Suivant leur religion, ils peuvent participer aux offices protestants et catholiques.

Enfin, il existe des terrains de culture et d'agrément; ils sont autorisés à élever des animaux domestiques : pigeons, lapins, volailles. De plus, un cheptel bovin fournit lait et viande à l'établissement, mais en quantités insuffisantes.

II. — VILLAGES AGRICOLES SPÉCIAUX

Ils sont tous organisés de la même manière. Ce sont des colonies agricoles, où les malades s'adonnent aux différentes cultures.

Elles sont dirigées par les médecins-chefs des

circonscriptions médicales où se trouvent les villages.

Les médecins sont secondés par des infirmières et par des gardiens européens ou indigènes.

Les malades subviennent en partie à leur nourriture par les produits de leur culture et de leur élevage.

Ils reçoivent en plus une certaine quantité d'aliments.

On leur fournit de même des vêtements.

a) Le village agricole spécial de Kananou reçoit en principe tous les lépreux de la partie Sud de la côte Est.

b) Le village agricole spécial de Maïna reçoit les indigènes de la partie Nord de la côte Est.

c) Le village agricole spécial de Betsede (Maré) est plus spécialement réservé à l'isolement des lépreux protestants de l'île. Celui de Boné (Maré) aux lépreux catholiques.

c) Le village agricole spécial de Chila (Lifou) est de beaucoup le plus important des îles Loyalty. Il possède une école.

Enfin, le village agricole spécial d'Oné (Ouvéa), dont le service est assuré par le médecin de Lifou quand il vient en tournée, car l'île d'Oné n'a pas de médecin.

III. — PAVILLON D'ISOLEMENT DE L'HÔPITAL COLONIAL DE NOUMÉA

Son premier étage est aménagé pour recevoir les lépreux dont l'état nécessite des soins particuliers, une

surveillance médicale suivie, ou qui ont à subir une intervention chirurgicale. Il comprend une salle de six lits, deux chambres à deux lits. Une salle d'opération exclusivement réservée aux lépreux.

Les malades qui présentent des troubles mentaux sont isolés dans les locaux du service de psychiatrie.

Les évacuations de malades sont toutes réalisées au moyen de la voiture sanitaire.

C. — LE COMITE DE LUTTE CONTRE LA LEPRE

Réorganisé officiellement depuis le début de 1937, il compte onze membres : le gouverneur, président; le directeur du Service de Santé, les médecins de l'Institut Gaston-Bourret, un conseiller général, le maire de la ville de Nouméa, le chef du service des Affaires indigènes, le chef du service des Travaux publics, un fonctionnaire du secrétariat général, un pasteur et un père.

Le Comité reçoit les sommes d'argent provenant de différentes sources et les affecte à l'amélioration du sort des lépreux.

FONCTIONNEMENT DU SERVICE

Il comporte le dépistage et le contrôle individuel des malades.

A. — DÉPISTAGE

Il est exécuté par les médecins de l'Institut Gaston-Bourret et par les médecins des circonscriptions.

1° Dépistage par les médecins de l'Institut Gaston-Bourret.

En brousse. — Un des médecins de l'Institut part périodiquement en tournée de dépistage dans l'une des circonscriptions.

Accompagné du syndic de la circonscription administrative et du médecin, si ce dernier en a le loisir, il visite les différentes tribus, dont il examine les indigènes.

Il utilise, pour ce faire, des moyens de locomotion adaptés à la région qu'il visite: auto, cheval, canot à pétrole.

Dans chaque tribu, il examine tous les membres, en commençant par les lépreux, puis les suspects, enfin les sujets sains. Il consigne toutes les observations utiles et fait les prélèvements nécessaires.

Au laboratoire. — Les médecins examinent régulièrement, deux fois par semaine, tous les engagés indigènes et immigrés de la ville de Nouméa, soit à leur premier engagement, soit à leur rengagement, soit tous les six mois en cours d'engagement.

Au cours de ces examens sont vus aussi les immigrés arrivant de leur pays d'origine.

Les recrues européennes et indigènes sont visitées à leur incorporation.

Enfin, une fois par an, un des médecins passe dans les écoles de Nouméa et en examine tous les élèves.

2° Dépistage par les médecins de circonscriptions.

Il est exécuté de la même façon. Les indigènes des tribus sont vus au cours des tournées régulières. Les engagés et les élèves des écoles sont examinés dans les mêmes conditions.

B. — CONTRÔLE

Comme nous l'avons déjà vu, pour tout individu dépisté par les médecins de l'Institut Gaston-Bourret ou par les médecins des circonscriptions, il est établi une feuille de renseignements en deux exemplaires :

L'un classé dans les archives de l'Institut;

L'autre envoyé au médecin de la circonscription d'origine du dépisté.

En outre, il est établi une fiche topographique des lésions et une fiche mobile.

Le service des Affaires indigènes est tenu au courant par les soins de l'Institut Gaston-Bourret.

Cependant, d'après la catégorie dans laquelle est classé le dépisté, le double de la feuille de renseignements prend des directions différentes.

Envisageons-les successivement.

I. — *Le dépisté est classé lépreux contagieux*

a) Il s'agit d'un Européen :

— L'isolement est pratiqué au sanatorium de Ducos. Le double de la feuille est envoyé aux sœurs-

infirmières de cette formation, qui le classent dans les archives.

— L'isolement se fait à domicile. Le double de la feuille est envoyé au médecin de la circonscription où réside le malade.

b) Il s'agit d'un immigré :

— L'isolement se faisant obligatoirement au sanatorium de Ducos, le double de la feuille va à celui-ci.

c) Il s'agit d'un indigène :

— L'isolement se fait au sanatorium de Ducos; la feuille l'y accompagne.

— L'isolement se fait dans un village agricole spécial; le double de la feuille est envoyé au médecin-chef de la formation.

II. — *Le dépisté est classé lépreux non contagieux ou suspect*

Qu'il s'agisse d'Européens, d'indigènes ou d'immigrés, le double de la feuille de renseignements est envoyé au médecin de la circonscription où réside le dépisté.

C. — LES MUTATIONS

Toute mutation d'individu entraîne un mouvement de la feuille le concernant.

I. — *Internement d'emblée*

Le double de la feuille est envoyé au sanatorium de

Ducos ou au médecin-chef du village agricole spécial où est isolé le malade.

II. — *Sortie d'une formation spéciale*

a) S'il s'agit d'une sortie du sanatorium de Ducos, le double de la feuille de renseignements est envoyé à l'Institut Gaston-Bourret, qui y porte la mutation, et qui l'envoie au médecin de la circonscription où va résider le sortant.

b) S'il s'agit d'un village agricole spécial, la sortie n'est prononcée qu'après avis de l'Institut Gaston-Bourret; elle est enregistrée sur les deux feuilles de renseignements : sur l'une, par les soins de l'Institut; sur l'autre, par le médecin-chef du village agricole spécial. Celui-ci expédie ensuite la feuille au médecin de la circonscription où va résider le sortant; ce médecin ayant été prévenu de l'arrivée de l'individu dans sa circonscription par l'Institut.

III. — *Changement de catégorie*

a) Ceux qui deviennent contagieux (anciens lépreux non contagieux et suspects).

Ils sont internés soit au sanatorium de Ducos, soit dans un village agricole spécial, soit autorisés à s'isoler à domicile (Européens).

1° Internement au sanatorium de Ducos.

Le médecin de la circonscription où réside le malade, après avoir reçu les renseignements de l'Institut Gaston-Bourret, envoie le double de la feuille de

renseignements à l'Institut, qui y porte le changement de catégorie et qui l'envoie ensuite au sanatorium.

2° Internement dans un village agricole spécial.

L'Institut Gaston-Bourret avertit le médecin de la circonscription où demeure l'individu du changement de catégorie et le médecin-chef du village où il doit être interné dès son arrivée.

Après y avoir noté ce changement, le médecin de la circonscription d'origine envoie le double de la feuille au médecin-chef du village.

b) Ceux qui deviennent non contagieux.

1° Un contagieux devient non contagieux. (Voir 2. Sortie d'une formation spéciale.)

2° Un suspect devient lépreux non contagieux : après avis donné par l'Institut du changement de catégorie, les modifications sont notées sur les feuilles par l'Institut et par le médecin de la circonscription dont dépend l'individu.

c) Ceux qui sont déclassés : le déclassement est prononcé par l'Institut, après avis du médecin qui a fait l'examen. Ce médecin est averti du déclassement. Il renvoie alors le double de la feuille à l'Institut.

d) Pour les malades décédés : le médecin de la circonscription renvoie le double de la feuille de renseignements à l'Institut Gaston-Bourret.

IV. — *Changement de résidence* .

Lorsqu'un individu qui figure sur les contrôles de

l'Institut change de résidence, le médecin de la circonscription et le syndic en avertissent l'Institut.

Trois cas peuvent se présenter :

a) Le changement est temporaire et n'excède pas quelques jours. Aucune modification n'est apportée dans le contrôle.

b) Le changement se fait entre deux tribus de la même circonscription. L'Institut Gaston-Bourret, avisé, se contente de modifier son classement en conséquence. La feuille de renseignements change de chemise et le numéro de l'intéressé est, d'une part, supprimé de la tribu de départ et, d'autre part, est porté à la tribu d'arrivée, sur les fiches mobiles qui concernent les tribus.

c) Le changement se fait entre deux tribus de circonscriptions différentes.

L'Institut, renseigné, modifie son classement et avertit le médecin de la circonscription où va résider l'individu.

Le médecin de la circonscription de départ envoie directement le double de la feuille au médecin de la circonscription d'arrivée, après y avoir noté la mutation.

Ce système de contrôle semble le mieux adopté à la physionomie du pays.

L'organisation actuelle de la Nouvelle-Calédonie semble devoir être efficace.

On avait essayé jusqu'à l'heure d'appliquer l'isole-

ment rigoureux, dans une léproserie unique, ou dans une multitude de léproseries, et on n'avait pas obtenu les résultats escomptés.

Depuis que l'internement a perdu son caractère coercitif, il est accepté de bonne grâce.

La possibilité pour les Européens de s'isoler à domicile, et en tribu pour les indigènes, a fait disparaître la méfiance des malades vis-à-vis du médecin.

D'autre part, le confort des formations spéciales incite les individus à s'isoler.

Enfin, la propagande faite avec tous les moyens locaux : conférences radiodiffusées, articles, etc. commence à porter ses fruits et les lépreux ne sont plus un objet de répulsion pour les autres individus.

BRESIL

RIO — SAO-PAULO

La lèpre n'existait pas au Brésil lors de la conquête portugaise.

Elle fut découverte à Rio par MENZES en 1696, à Bélem, en 1806, par le comte d'ARCOS.

L'émigration favorisa au XIX^e siècle l'expansion de la maladie.

En 1930, d'après le rapport de M. BURNET, il y avait environ un lépreux pour mille habitants.

En 1937, on compte environ 50.000 lépreux au Brésil d'après les rapports de l'Institut Oswaldo-Cruz.

Cet accroissement constant de la maladie explique les mesures énergiques qui ont été prises pour enrayer le fléau.

Il fut particulièrement net pendant la période qui a suivi l'année 1918, et ce probablement pour deux causes :

La pandémie de grippe de 1918, qui a peut-être

diminué les immunités acquises, et, débilisant les organismes, les a rendus moins résistants au bacille de HANSEN;

L'arrivée de nombreux immigrants, surtout Européens, dont beaucoup ont contracté la lèpre, à laquelle ils semblent plus sensibles que les Brésiliens.

Il y a encore peu d'années, la lutte contre la lèpre au Brésil était mal réglée dans chaque Etat de cette République fédérale. Elle dépendait des autorités locales, qui, souvent, s'en occupaient très peu.

Progressivement, une amélioration se dessine : les services se groupent et le Brésil évolue vers une centralisation administrative. Chaque Etat conserve, évidemment, une certaine autonomie, mais il restera sous le contrôle du gouvernement central, qui lui donne, le cas échéant, une aide financière et des conseils techniques.

Quant aux initiatives privées, qui ont existé de tout temps dans la lutte contre la lèpre, elles continueront à agir, mais seront surveillées par les gouvernements des Etats.

En 1920 est fondé un Service fédéral de la prophylaxie de la lèpre, qui fait dresser par le professeur RABELLO et le docteur MOTTA le plan suivant :

- I. Déclaration obligatoire.
- II. Recensement des lépreux.
- III. Isolement obligatoire à domicile, dans des colonies agricoles, sanatoria, hôpitaux ou asiles.

- IV. Surveillance à domicile.
- V. Surveillance des suspects.
- VI. Surveillance préventive des contacts.
- VII. Assistance pécuniaire aux lépreux isolés et à leurs familles.
- VIII. Défense d'exercer certaines professions.
- IX. Interdiction du territoire national aux lépreux étrangers.
- X. Défense d'allaiter aux femmes lépreuses.
- XI. Défense de changer de ville sans la permission des autorités sanitaires de celle-ci.
- XII. Obligation de communiquer les changements de domicile dans la même ville.
- XIII. Ségrégation immédiate des enfants nés de lépreux.
- XIV. Vulgarisation du traitement.
- XV. Poursuite du charlatanisme.
- XVI. Développement de l'étude de la lèpre.
- XVII. Education populaire.
- XVIII. Encouragement des essais d'isolement à domicile.
- XIX. Contrôle officiel des établissements particuliers.
- XX. Extension de la prophylaxie par des accords internationaux.

Ce plan fut plus ou moins bien suivi dans les différents Etats.

Certains réalisèrent des progrès énormes, en particulier l'Etat de Sao-Paulo.

En 1937, un plan général de lutte contre la lèpre fut à nouveau dressé. Il comprenait deux points essentiels :

- 1° L'organisation des recherches et le recensement.
- 2° La création d'un armement antilépreux, qui comporte :

- des léproseries;
- des dispensaires;
- des préventoria.

I. — Les recherches sur la lèpre sont poursuivies à l'Institut Oswaldo-Cruz et au Centre International d'Etudes contre la Lèpre.

Ce dernier a été fondé en 1934 par le gouvernement brésilien sous les auspices de la Société des Nations, avec la coopération financière du Brésil, de la Société des Nations et d'un philanthrope brésilien : le docteur G. GUINLE.

Ce centre a ouvert à l'Amérique latine un foyer de recherches; aux léprologistes d'Extrême-Orient un champ d'études comparatives; enfin, des laboratoires et un riche matériel clinique aux savants de l'Europe, en particulier de l'Europe occidentale, où l'étude de la lèpre, sur la maladie en activité, devient de plus en plus difficile.

Le premier directeur du Centre fut le regretté Professeur Carlos CHAGAS.

Actuellement, il est dirigé par le professeur Eduardo RABELLO, léprologiste réputé, professeur de clinique vénéréologique et dermatologique à la Faculté de Médecine de Rio.

Il existe une collaboration étroite entre le Centre, les léproseries et les services publics d'hygiène et de prophylaxie de la lèpre.

La direction nationale (fédérale) de la Santé publique met à la disposition du Centre, pour les recherches de tout ordre, son personnel de médecins et d'auxiliaires, ses dispensaires, ses centres de santé, ses pouvoirs d'inspection et d'enquête.

L'Institut Oswaldo-Cruz lui apporte la participation d'un institut scientifique de premier ordre.

Les Etats contribuent à l'œuvre commune de la même manière que le gouvernement fédéral : par leurs services de la Santé publique et leurs établissements de lépreux.

Et un appoint capital pour le Centre est la collaboration avec l'Etat de Sao-Paulo.

Le siège du Centre est à la Fondation Gaffre-Guinle.

La clinique à l'hôpital de Curupaity, à vingt kilomètres de Rio. Cet hôpital contient 400 lits.

Ce Centre est véritablement international, en ce sens qu'il est ouvert à tous les léprologistes étrangers qui veulent y venir.

II. — *L'armement antilépreux*

Le gouvernement considère séparément :

Le district fédéral;

Les Etats;

Le territoire d'Acre.

Dans le district fédéral, le ministre de l'Education et de la Santé agit directement et il a à sa charge les services de prophylaxie de la lèpre.

Dans les Etats et le territoire d'Acre, l'armement antilépreux dépend des gouvernements locaux.

Dans chaque Etat, il existe une ou plusieurs sociétés d'assistance aux lépreux et de défense contre la lèpre.

Ces sociétés se sont réunies en une Fédération. Nous étudierons l'organisation de la lutte antilépreuse dans le district fédéral, puis dans les autres Etats. Et, parmi ces derniers, nous envisagerons en premier lieu l'Etat de Sao-Paulo, qui est de loin le mieux organisé, et qui sert de modèle aux autres Etats.

A Rio-de-Janeiro, il existe un organisme particulier :

L'inspection de prophylaxie de la lèpre, qui fait partie du département national de la Santé publique; cet organisme est dirigé par le Professeur RABELLO;

Un laboratoire de léprologie, installé à l'Institut Oswaldo-Cruz; on y fait des recherches scientifiques, des études sur la prophylaxie, des cours sur la lèpre aux élèves de l'école d'application de l'Institut;

Le Centre International d'Etudes contre la Lèpre, déjà vu;

L'hôpital-colonie de Curupaity, à vingt kilomètres de Rio;

Le préventorium Recunto-Féliz pour les enfants de lépreux, qui est entretenu par la Société d'assistance aux lépreux de Rio-de-Janeiro;

La Fédération des sociétés d'assistance aux lépreux et de défense contre la lèpre;

La Société d'assistance aux lépreux et de défense contre la lèpre;

L'Association Pro-Leprosos, fondée en 1931..

Dans le district fédéral, le gouvernement a à sa charge les différents services de prophylaxie de la lèpre.

Entre 1934 et 1936, quatorze dispensaires ont été créés. Ces établissements, ajoutés à ceux qui existaient déjà, ont réalisé le filet nécessaire pour capter tous les cas; leur action est prompte et énergique.

DANS LES ETATS

ETAT DE SAO-PAULO

C'est l'Etat du Brésil où l'aide des sociétés privées a été la plus importante.

Parmi ces sociétés, citons :

La Sainte-Maison de la Miséricorde;

La Société d'Assistance aux lépreux de Santos;

La ligue de Saint-Lazare;

La ligue Padre-Bento, due à l'initiative du docteur Alice TYBIRICA.

De plus, des campagnes de solidarité ont été organisées de temps en temps par la Société d'assistance aux lépreux de Sao-Paulo et ont rapporté de grosses sommes.

Mais un décret du 13 novembre 1933 a réglementé l'action de ces sociétés et a beaucoup diminué leur activité.

Les municipalités ont été intéressées à la lutte contre la lèpre et une partie des impôts qu'elles prélèvent assure leur participation au budget de cette entreprise.

La Société de Léprologie de Sao-Paulo : elle fut fondée en août 1933 par un groupe de médecins de l'Inspection de prophylaxie de la lèpre. Au mois d'août de la même année, elle faisait paraître la *Revue de Léprologie de Sao-Paulo*; après un accord avec le Centre International de Rio, cette dernière est devenue la *Revista Brasileira de Leprologia*.

En 1935 fut fondé dans la ville de Sao-Paulo l'Institut de Léprologie : Conde de Lara.

Il existe enfin une inspection de prophylaxie de la lèpre, créée par le Professeur Paula SOUZA. Cet organisme, indépendant du ministère de Santé publique, est rattaché au ministère de l'Intérieur.

Avec son filet de léproseries régionales modèles, Sao-Paulo possède actuellement l'un des services de

prophylaxie les mieux organisés du monde. La construction de ces léproseries a été le premier souci, car le département de prophylaxie voulait d'abord posséder les locaux nécessaires pour l'isolement de tous les lépreux contagieux. Ensuite, fut organisée l'Inspection épidémiologique, qui essaie de faire un dépistage des cas, aussi précoce que possible.

L'Etat a été divisé en six circonscriptions ou inspections, ayant chacune un médecin-inspecteur.

Service central. — Il existe un service central, installé dans la ville de Sao-Paulo. Ce service comprend plusieurs sections :

Section des archives : qui permet de donner tous les renseignements possibles sur un malade ou une personne quelconque examinée dans une des sections du service.

Section des contacts : on y examine périodiquement les gens en contact avec les lépreux pour essayer de dépister précocément les cas de lèpre (18.244 vus en 1938).

Section de diagnostic : elle assure un triage. Les cas positifs sont immédiatement dirigés sur la section des malades. Les cas suspects sont revus périodiquement, tous les trois mois par exemple, tant qu'il n'y a pas une absolue certitude sur leur cas.

Section des malades : est dirigée par des médecins spécialisés. On y rédige une observation bien détaillée. De plus, cette section fait des enquêtes épidémiologi-

ques très poussées et recherche les cas de lèpre dans l'entourage des malades.

Suivant le cas, le malade subira le traitement ambulatoire et sera suivi par les services centraux ou régionaux; il sera envoyé dans une léproserie pour les formes contagieuses, mixtes ou tubéreuses.

Il existe un laboratoire très complet avec :

une section d'examens bactériologiques;

une section d'examens sérologiques;

une section de recherches cliniques;

une section d'anatomie pathologique.

Des dispensaires. — Sous la forme de dispensaires de dermatologie, ces établissements permettent le traitement ambulatoire; de plus, ils assurent la surveillance des sujets négatifs et ont, de ce fait, un double rôle moral et prophylactique. Des assistantes sociales, appartenant à ces dispensaires, vont dans les familles de lépreux, font des rapports et donnent des notions d'hygiène dans les milieux qu'elles peuvent ainsi pénétrer. Le traitement ambulatoire n'est appliqué qu'aux cas à lésions non ouvertes et à mucus nasal négatif.

Le préventorium de Jacarchy recueille les enfants de lépreux de six à seize ans.

Une léproserie régionale et un sanatorium reçoivent les formes contagieuses.

Le directeur général du Service sanitaire a sous ses ordres :

un inspecteur-chef pour tout l'Etat;

un inspecteur auxiliaire;
six inspecteurs régionaux.

Services régionaux. — Six services régionaux : Campinas, Santos, Ribeira-Preto, Sao Carlos, Baurù, Guaratinguetà. Avec un médecin. Un aide faisant les examens de laboratoire.

Chaque semestre, au moins, ils doivent faire un rapport au Service Central, indiquant les cas nouveaux dépistés dans leur secteur.

Léproseries régionales. — Il y en a quatre à type d'asile-colonie : Santo-Anjelo, Aimores, Cocaes, Pirapitinguy. Dans ce dernier établissement, on a surtout construit des pavillons pour ménages et des pavillons à type Carville, ayant 9 à 11 chambres à deux lits pour célibataires des deux sexes.

Ces pavillons permettent la séparation des malades, soit d'après les formes de la maladie, soit d'après leur niveau social.

Chacun de ces établissements a :

Un directeur ;

Deux médecins généraux ;

Deux dermatologistes ;

Un chirurgien ;

Un oto-rhino-ophtalmologiste ;

Un médecin qui assure la surveillance du district environnant.

Enfin, un sanatorium : Padre-Bento. Il faut ajouter à ces établissements une œuvre privée : l'Asile Santa-Théré-

sinha qui recueille les enfants de lépreux dès la naissance.

Tout lépreux contagieux doit être isolé dans un de ces établissements, exceptionnellement on permettra l'isolement à domicile.

Pour que pareille autorisation soit donnée, il faut que le malade puisse garantir un isolement parfait et qu'il soit facile aux agents du Service de Prophylaxie d'exercer sur lui une surveillance régulière.

Cette autorisation peut être supprimée par le Service de Prophylaxie s'il le juge nécessaire. Elle est d'ailleurs très rarement donnée et au mois de décembre 1938, il n'y avait que 48 malades isolés à domicile.

Les Postes de traitement ambulatoire traitent les malades non contagieux :

Cas de lèpre au début ou cas traités dans des léproseries et qui ont obtenu l'autorisation de quitter l'établissement.

Cette autorisation n'est donnée que lorsque le malade est devenu négatif.

Elle est donnée graduellement et il existe plusieurs stades entre l'internement obligatoire et la liberté totale rendue au lépreux définitivement guéri.

Cette permission donnée au lépreux par l'Etat de retourner à la vie civile et de reprendre une activité sociale, a été réglementée d'une manière extrêmement précise. Nous allons la décrire.

RÈGLEMENT DES ALTAS DU SERVICE DE PROPHYLAXIE DE SAO-PAULO

L'Alta signifie la libération du lépreux, quand elle lui est concédée il est considéré comme guéri et n'a plus à se soumettre à un contrôle médical et sanitaire.

Cette libération se fait en trois étapes :

Libération hospitalière.

Libération conditionnelle.

Libération définitive.

A. — *Libération hospitalière ou Alta Hospitalar*

C'est l'autorisation pour le malade interné de devenir malade libre et d'exercer (sous le contrôle du Service de Prophylaxie de la Lèpre) des professions déterminées.

ARTICLE PREMIER

Tout malade interné est considéré comme cas ouvert.

Sont exceptés :

a) Les malades transférés d'un autre hôpital et les

malades ambulatoires qui présentent un certificat attestant que leur cas est fixé.

b) Les malades présentant une lèpre tuberculeuse décelée par des examens histo-pathologiques et les cas de formes nerveuses, dont les examens bactériologiques sont négatifs.

Enfin les malades qui ont été internés à cause de conditions sociales particulières ou pour toute autre cause jugée suffisante par le Service de Prophylaxie de la Lèpre.

ARTICLE 2

Au cours de ses trois premiers mois à l'hôpital, le malade sera examiné et classé dans l'une des trois catégories suivantes :

A) Cas tubéreux ou mixtes, c'est-à-dire cas bactériologiquement positifs.

B) Cas de lèpre maculeuse ou nerveuse dont le mucus nasal est négatif et qui sont jugés en voie d'amélioration par le médecin traitant.

C) Les cas à début tuberculoïde, les cas de lèpre purement nerveuse, les cas de lèpre à macules dyschromiques qui sont bactériologiquement négatifs depuis le début.

Pour les malades de la catégorie A le délai d'observation sera de 12 mois et le contrôle de cette guérison de 12 autres mois, soit 24 examens.

Pour les malades de la catégorie B le délai d'observation sera de six mois, celui du contrôle de guérison douze mois, soit 18 examens.

Pour ceux de la catégorie C, le délai de contrôle sera de douze mois.

ARTICLE 3

Pendant la période d'observation le malade devra être soumis à 2 à 4 examens dermatologiques par trimestre. Au cours de ces examens on examinera deux lames de mucus nasal et autant de biopsies de lésions cutanées qu'il semblera nécessaire au médecin. Ces examens seront pratiqués sur tous les malades des catégories A et B.

En outre, on pratiquera une ponction ganglionnaire chez les malades de la catégorie A.

ARTICLE 4

Chaque mois on pratiquera un examen du mucus nasal et des lésions cutanées, examens qui seront pratiqués indépendamment des examens de révision.

ARTICLE 5

Le malade qui sera demeuré négatif pendant la période d'observation passera dans un groupe spécial où on surveillera ses lésions pendant une année.

Au cours de cette nouvelle période il devra subir quatre examens dermatologiques par trimestre, pratiqués comme ceux décrits précédemment à l'article 3.

Les lésions cliniques qu'il présentait doivent disparaître ou tout au moins doivent sembler inactives.

ARTICLE 6

Après avoir satisfait à toutes ces exigences le malade doit être examiné par un ophtalmo-oto-rhino-laryngologiste qui vérifiera l'absence de lésions actives des yeux, du nez, du pharynx et fera une biopsie de la muqueuse nasale.

ARTICLE 7

Etant resté négatif au cours de ces deux périodes : d'observation, puis de confirmation, le malade sera présenté à la Commission d'examen (Libération hospitalière) du Service de Prophylaxie de la Lèpre.

Il devra présenter à cette Commission un rapport des médecins de l'hôpital d'où il vient contenant :

Un résumé de son observation, type, évolution, etc... ;

Un tableau des examens bactériologiques pratiqués depuis le début de son internement ;

Une note sur ses conditions économico-sociales ;

Une déclaration attestant qu'il se soumet au contrôle ultérieur ;

Il doit indiquer le local où il va demeurer, local dont la surveillance par les Services de Prophylaxie doit être aisée ;

Enfin il doit produire un certificat affirmant que les gens avec qui il est en contact sont surveillés par le Service de Prophylaxie de la Lèpre.

De plus le traitement qu'il a subi pendant toute la durée de son internement doit être indiqué à la Commission.

ARTICLE 8

Les cas de la catégorie C pourront être présentés d'emblée comme candidats à la Libération conditionnelle mais devront cependant se soumettre aux obligations de cette variété.

ARTICLE 9

Tous les malades recevant la Libération conditionnelle devront rester sous la surveillance de la section de (Altas) et ils seront soumis à des examens périodiques tous les quatre mois pendant deux ans.

ARTICLE 10

Le délai précédent étant terminé, sur l'avis du médecin le malade pourra se présenter à l'Alta condicional.

ARTICLE 11

Les malades isolés à domicile par l'effet de l'Alta resteront soumis aux règlements de l'Alta.

B. — *Alta condicional ou libération conditionnelle*

C'est l'autorisation donnée au malade d'exercer des professions déterminées sous le contrôle du directeur du Service de Prophylaxie de la Lèpre, de suspendre ou d'espacer son traitement sous le contrôle du médecin léprologiste qui l'a traité.

a) Pour les sujets demeurant dans une léproserie (L'Alta Condicional) est donnée dans les cas suivants :

1° Aux malades hospitalisés, classés dans la catégorie C, et qui ont été internés pour des raisons d'ordre social ou toute autre cause ; ils doivent avoir subi dix-huit mois de traitement régulier, être restés bactériologiquement négatifs pendant cette période.

En outre ils devront se soumettre à tous les examens que la Commission jugera nécessaires.

2° Aux malades hospitalisés qui obtinrent l'Alta Hospitalar, mais ne quittèrent point la léproserie pour des raisons d'ordre social ou pour des raisons financières ; ils doivent cependant avoir subi un traitement régulier pendant dix-huit mois.

Il va sans dire que tous les examens bactériologiques qu'ils auront subi régulièrement doivent être demeurés négatifs.

Pour les malades ambulatoires, l'Alta condicional est accordée dans les conditions suivantes :

1° Aux malades qui auront subi 18 mois de traitement et chez qui les examens bactériologiques pratiqués chaque mois auront été négatifs. De plus on doit constater chez eux cliniquement une régression des lésions.

2° Aux cas (d'Alta hospitalar) des catégories A et B qui seront restés bactériologiquement négatifs vingt-quatre mois après la concession de l'Alta.

3° Aux cas de lèpre à guérison spontanée dont les lésions ne présentent aucun signe d'activité et qui se sont soumis pendant les trois années suivant celle où a été fait le diagnostic à toutes les épreuves de laboratoire y compris un examen histologique des lésions.

Avant d'octroyer l'Alta condicional, la Commission peut exiger tous les examens complémentaires qui lui paraîtront nécessaires :

Réactivation par l'iodure de potassium;

Ponction ganglionnaire, etc...

5° Tous les malades de la catégorie A resteront sous la surveillance de la section de Altas où ils seront examinés tous les quatre mois pendant trois ans continuant ou non leur traitement.

Après cela ils doivent encore pendant deux ans être revus par leur médecin.

Alta définitive. — La libération définitive est accordée aux malades qui auront été surveillés comme il a été décrit précédemment.

Il faut que pendant la période de trois, puis de deux ans de l'Alta Condicional ils soient demeurés bactériologiquement négatifs.

Il leur faudra satisfaire aux conditions suivantes :

Négativité au cours de l'examen pour l'Alta^e définitive :

de la biopsie de la muqueuse nasale ;

de la fonction ganglionnaire ;

de la biopsie nerveuse ;

des squames physiologiques de la peau des anciennes taches et

...du cuir chevelu ;

du sang périphérique pris à la pulpe du doigt ou au lobule de l'oreille.

Enfin de la biopsie des anciennes taches.

L'Etat de Minas-Geraes est aussi très bien monté pour la lutte contre la lèpre.

Il comprend :

Un Centre d'Etudes en rapport avec le Centre de Rio ;

Un Service de Prophylaxie ayant sous sa dépendance : des léproseries et des dispensaires.

Le Centre d'Etudes est dirigé par le professeur Antonio ALEIXO, il siège dans la capitale de l'Etat : Bello-Horizonte.

Il a à sa disposition pour les recherches scientifiques :

Le Laboratoire du Dispensaire Central ;

L'Institut de recherches Gaspard VIANA qui est installé dans la colonie de Sainte-Isabelle.

Au Centre d'Etudes incombent les recherches scientifiques sur la maladie, sur les procédés de prévention et de cure.

Il organise des conférences de vulgarisation sur la lèpre pour éviter sa propagation.

Facilite les études sur cette maladie.

Fait des cours pour former un personnel spécialisé dans le traitement de cette affection.

Echange des documents et des informations avec les autres centres d'Etudes contre la lèpre.

Publie un bulletin qui rend compte des recherches effectuées dans le Centre et rapporte les articles et informations ayant trait à la lèpre.

On peut se faire une idée de l'activité de ce Centre par les simples chiffres suivants pris au seul Institut Gaspar VIANO.

On y a fait en 1934, 6.412 examens divers dont 411 ponctions ganglionnaires ; 2.081 examens de mucus nasal ; 2.936 examens histologiques de lésions cutanées diverses.

Le Service de Prophylaxie de la Lèpre est en train de faire construire de nouvelles léproseries qui seront terminées dans le courant de l'année et qui permettront l'isolement de tous les contagieux.

A ce moment l'armature sanitaire de cet Etat comprendra :

L'hôpital de Sabarà situé à deux kilomètres de la ville de Sabarà, c'est l'établissement le plus ancien d'assistance aux lépreux de l'Etat, il comprend plusieurs sections :

Section des lépreux condamnés.

Section des lépreux aliénés.

Section des lépreux soumis à des peines disciplinaires pour des fautes commises dans d'autres léproseries.

Il contient actuellement 100 lits.

La colonie Sainte-Isabelle inaugurée en décembre 1931, elle est située dans la partie centrale de l'Etat, à 50 kilomètres de Belo-Horizonte, à laquelle elle est reliée par une route et par une ligne de chemin de fer ; elle se trouve dans une région à climat tempéré, sa capacité maximum est de 2.000 lits.

Elle contient actuellement 1.750 lépreux.

Elle est divisée en deux parties :

Partie administrative avec pavillon d'entrée, poste de météorologie, résidence du directeur, résidence du chef de laboratoire, de l'administrateur, du chapelain, plusieurs édifices pour loger les employés.

Un laboratoire de chimie qui fabrique les médicaments utilisés dans la léproserie.

Un laboratoire de recherches scientifiques.

Partie infectée comprenant : cuisines, réfectoires, dispensaire, hôpital pour hommes, hôpital pour femmes, un pavillon pour cas divers, une église, un parc des sports, deux pavillons d'observation, un lavoir, une station de désinfection des déchets, un service de désinfection des différents objets, une école et un poste de secours, 4 pavillons collectifs pour femmes, 35 pavillons d'habitation collective pour hommes, 24 résidences pour gens mariés situés dans la partie rurale ; des édifices d'exploitation agricole, etc.

Dans la partie centrale de la colonie se trouve le dispensaire.

L'accès au dispensaire se fait par une galerie externe pour les malades, une galerie interne qui permet au personnel d'aller dans les différentes salles de consultation, tout en étant parfaitement isolé. Dans ce dispensaire il y a eu l'an dernier 30.000 consultations dont 6.445 pour des cas de lèpre.

Le personnel médical de l'asile comprend :

un directeur chef du service clinique ;

quatre médecins auxiliaires résidents ;

un ophtalmologiste ;

un oto-rhino-laryngologiste ;
un physiologiste ;
un médecin de laboratoire ;
un anatomo-pathologiste.

La Colonie San Francisco de Assis est destinée à abriter les Hansenienens de la zone Ouest du triangle de l'Etat ; on est en train de la construire près de la ville de Bambui. Elle aura une capacité de 1.500 malades et sera partiellement inaugurée dans le courant de l'année.

La Colonie Santa-Fé se trouve en construction dans le voisinage de Tres-Coracoes ; elle est destinée à recevoir les lépreux du Sud de l'Etat ; elle sera inaugurée probablement en cours d'année.

La Colonie Padre-Damiao en construction près de la ville de Uba sera bientôt terminée.

Le Préventorium Saint-Tarcise situé à 4 kilomètres de la Colonie Sainte-Isabelle, il dispose d'un jardin de 50 hectares et peut contenir 200 enfants ; sa capacité va d'ailleurs être augmentée.

Un professeur nommé par le gouvernement y assure l'instruction primaire.

Les services de médecine, dentisterie, pharmacie sont assurés par le personnel technique de la Colonie Sainte-Isabelle.

Dans ce Préventorium on recueille les enfants jusqu'à l'âge de 12 ans.

Après cet âge ils seront transférés dans un nouvel

établissement actuellement en construction et qui sera une école professionnelle.

Le Dispensaire Central des Maladies de la Peau a son siège dans la capitale, on y trouve trois médecins, qui sont aidés dans leurs fonctions par les directeurs du Centre d'Etudes et du Centre de Prophylaxie.

Les Dispensaires ambulants des maladies de la peau sont en voie d'installation dans les différentes régions de l'Etat ; ils ont des fonctions multiples :

Recherche de nouveaux cas ;

Traitement des formes fixées ;

Surveillance des lépreux sortis des établissements d'isolement ;

Contrôle sanitaire des suspects, des contacts qui peuvent devenir ultérieurement contagieux et partant devront être isolés.

De plus les dispensaires ambulants doivent faire de la propagande pour le traitement de la lèpre, souligner les dangers de cette affection et donner aux malades des notions d'hygiène.

Dans l'Etat d'Amazonas il existe un dispensaire Oswaldo CRUZ avec une section pour les lépreux dans la ville de Manaus.

Une léproserie à Paricatuba sur les bords du Rio-Grande.

Une Société de Dames protectrices de la léproserie qui collabore avec le gouvernement pour aider les

lèpreux internés et leurs familles. L'Asile de l'Enfant Jésus à Manaos pour les enfants de lépreux.

Dans l'Etat de Parà on trouve un hospice pour lépreux à Tocundaba à 3 kilomètres de Bélem.

Un dispensaire antilèpreux remarquablement organisé.

La léproserie Lazaropolis de Pratà dans le canton de João Pessoa, à 120 kilomètres de la capitale; elle peut contenir 1.000 malades et comprend une crèche pour les enfants de lépreux internés.

Un asile d'enfants Santa-Thérésinha à Bélem qui dépend de la ligue contre la lèpre. La ligue contre la lèpre de Parà fondée à Bélem le 20 mars 1932, société civile d'utilité publique dont l'entretien est assuré par des dons, des mensualités payées par ses membres et surtout par une taxe prélevée sur les viandes consommées dans cet Etat.

L'Etat de Maranhao possède les établissements suivants :

L'Hôpital de Gaviao ;

Le Dispensaire antilèpreux de Saint-Luiz ;

La Colonie de Bomfin ;

L'Asile de Gaviao qui est entretenu par une Société de Bienfaisance qui siège à Maranhao.

L'Etat de Piauhv a seulement un hôpital et un dispensaire.

L'Etat de Ceara comporte :

Le Dispensaire Oswaldo CRUZ à Portaleza ;

La Léproserie Antonio DUGO à Canafistula ;

Le Préventorium Silva-Araujo;

La Société d'Assistance aux Léproux et de Défense contre la Lèpre à Portaleza.

Dans l'Etat de Rio-Grande do Norte, l'armature de la lutte antiléprouse est constituée par :

La léproserie Saint-François d'Assise à 2 kilomètres de Natal.

Le Dispensaire antiléproux ambulant chargé d'assurer le recensement des lépreux.

La Société d'Assistance aux Léproux et de Défense contre la Lèpre.

L'Etat de Parahyba est nanti :

D'une léproserie.

D'un préventorium pour les enfants de lépreux.

D'une section de prophylaxie de la lèpre annexée à la Santé publique.

L'Etat de Pernambouc a l'hôpital de lépreux de Recife qui abrite 300 malades.

La léproserie de Mirueira, aux environs de Recife.

Le préventorium pour enfants de lépreux.

Le dispensaire anti-léproux annexé au Centre de la Santé de San-Antonio et par où doivent passer tous les lépreux suspects ou les lépreux qui désirent se faire interner.

L'Etat d'Alagoas comporte simplement un dispensaire, une société de lutte contre la lèpre.

L'Etat de Sergipe de même n'a qu'une société et un asile.

L'Etat de Bahia est assez bien monté pour l'isolement des lépreux puisqu'il possède :

deux léproseries ;

un préventorium pour enfants ;

une colonie agricole pour les enfants adolescents de lépreux.

Mais le dépistage des lépreux y est mal fait, l'Etat n'ayant pas eu suffisamment de capitaux pour créer les dispensaires nécessaires. Une Société d'Assistance aux Lépreux est installée à San-Salvador et contribue à la lutte contre la lèpre.

L'Etat d'Espiritu-Santo possède :

Un service de prophylaxie de la lèpre siégeant à Victoria avec un dispensaire et un laboratoire central.

Huit dispensaires mixtes : Lèpre et maladies vénériennes dans les districts suivants : Victoria, Collatina, Alfonso, Claudio, Alègre, Cachoeira-de-Itapemirim, Muquy, João-Pessoa et Calçado.

Deux dispensaires ambulants pour le Nord et pour le Sud de l'Etat.

L'asile de lépreux de l'Île de Cal.

La léproserie colonie de Itanhenga à 14 kilomètres de la capitale.

Le préventorium Alzira-Bley qui comprend :

Une école professionnelle.

Différentes sociétés d'assistance aux lépreux.

L'Etat de Parana possède une léproserie à 30 kilomètres de Curityba à type d'hôpital-colonie ; près de

cet asile on a construit une colonie école pour les enfants de lépreux internés.

Le Rotary-Club de Curityba est l'unique organisation privée qui appuie la lutte contre la lèpre.

L'Etat de Santa-Catharina a un asile-colonie, plusieurs filiales de la Fédération des Sociétés de secours aux lépreux.

L'Etat de Rio-Grande do Sul, à Porto-Alègre, une annexe de l'hôpital San-José sert de léproserie.

Il existe en outre une léproserie dans les terres; là encore l'action du gouvernement est appuyée par une société privée.

Citons enfin : l'Etat de Goyaz qui possède trois asiles ; l'Etat de Matto-Grosso qui a un hôpital de lépreux.

Deux sociétés d'assistance aux lépreux. Quant au territoire d'Acre, il possède seulement une léproserie.

CONSIDERATIONS GENERALES

Ces deux belles expériences prophylactiques ne semblent pas permettre de trancher l'éternel débat existant entre ceux qui tiennent pour les léproseries et ceux qui veulent les abolir. Dans la Nouvelle-Calédonie l'expérience est trop récente pour qu'on puisse tirer des conclusions.

Au Brésil par contre, le système fonctionne dans sa forme actuelle depuis quelques années, tout au moins dans certains Etats, et on peut constater ses imperfections. Certains auteurs Brésiliens, partisans acharnés de la ségrégation, estiment que la législation de leur pays n'est pas encore assez sévère, l'un d'eux proposait de rendre le divorce obligatoire chez les lépreux internés qui n'ont pas la même forme de lèpre ; pour permettre ensuite le mariage entre malades de même type.

Une pareille ingérence dans la vie des individus est vraiment outrancière.

Le système d'isolement semble parfait pour la société qui l'instaure, mais il peut paraître odieux à l'être qui en est la victime ; on conçoit le désarroi dans lequel s'abîme le malheureux à qui on enlève tous ses intérêts dans la vie.

Le traitement donné au malade ne lui assure pas la guérison : les statistiques brésiliennes nous apprennent que depuis 1933, 161 malades munis d'Alta ont été réinternés pour réveil de lésions.

Les lépreux peuvent estimer qu'un traitement énergique est aussi applicable sans qu'ils aliènent leur liberté.

En 1938 il y a eu au Brésil 342 fuites : certains sujets n'avaient pu s'adapter ; d'autres avaient fui pour régler des affaires privées, qu'ils ne voulaient sans doute pas confier aux organisations existant dans ce pays pour la défense des intérêts des lépreux.

Il semble que dans les pays où la ségrégation est la base de la prophylaxie de la lèpre ; la terreur des léproseries pousse certains malades à cacher le plus longtemps possible leur affection pour conserver leur liberté.

Ces lépreux qui se cachent propagent la maladie d'où faillite du système.

Déjà aux Philippines les Etats-Unis ont tenté une grande expérience épidémiologique qui n'a pas abouti aux résultats escomptés. Ils avaient cru anéantir la lèpre en deux générations et avaient groupé tous les lépreux dans l'île de Culion aménagée pour abriter 5 à 6.000 indi-

gènes ; mais la lèpre est loin d'avoir disparu aux Philippines.

Les mesures coercitives ne paraissent donc pas bien efficaces et il semble que l'on doit donner aux lépreux une liberté de plus en plus grande.

Cependant l'isolement est une mesure qui doit être conservée pour certaines catégories de lépreux.

Dans les milieux indigènes où manquent souvent les notions les plus élémentaires d'hygiène et où tous les membres d'une même famille qu'ils soient sains ou malades vivent entassés dans une même case. D'autre part certains lépreux ambulants doivent être isolés car ils jouent un rôle très important dans la dissémination de la maladie et chez ces sujets indociles, seule la ségrégation permet de pratiquer un traitement suivi.

CONCLUSIONS

La contagiosité de la lèpre étant une chose admise, beaucoup d'auteurs estiment que l'isolement doit être la base de la prophylaxie de cette maladie.

Nous décrivons deux expériences réalisées sur ce principe : l'une en Nouvelle-Calédonie, l'autre au Brésil.

En Nouvelle-Calédonie, la lèpre est découverte en 1865 ; en 1889 on commence à lutter contre cette affection ; on construit trois léproseries, le système ne donne aucun résultat ; création d'une léproserie unique qui n'a pas plus de succès.

Des léproseries se montent un peu partout et n'arrêtent pas l'extension de la maladie. Finalement on aboutit à l'organisation actuelle qui comprend :

Un organisme central : l'Institut Gaston-Bourret.

Des formations spéciales : un sanatorium pour les Européens ; des villages agricoles spéciaux pour les Indigènes ; de plus une partie de l'hôpital de Nouméa est aménagée pour recevoir les lépreux.

Enfin un organisme annexe, semi-officiel : le Comité de lutte contre la lèpre. Le service ainsi constitué, assure le dépistage et le contrôle des malades.

Cette organisation qui vient d'être terminée semble devoir donner de beaux résultats.

Au Brésil, la lèpre fut découverte en 1806, elle se propagea sans arrêt jusqu'à nos jours, réalisant un véritable problème pour ce pays.

L'organisation de la lutte antilépreuse se fait progressivement; depuis quelques années, elle a fait des progrès considérables.

En 1937, un plan général est dressé pour tous les Etats de cette République fédérale, il comprend deux points essentiels :

L'organisation des recherches et le recensement.

La création d'un armement antilépreux qui comporte : Des léproseries, des dispensaires, des préventoria.

Dans l'Etat de Rio, les recherches se font à l'Institut Oswaldo-CRUZ ; dans le Centre International d'Etudes contre la Lèpre : institution très importante créée par le Brésil, la Société des Nations et un Brésilien le Dr GUINLE.

Il y a : Des léproseries, des dispensaires, un préventorium pour abriter les enfants de lépreux (point capital de la prophylaxie).

Dans l'Etat de Sao-Paulo une organisation analogue, véritable modèle du genre.

Le Centre de Recherches de cet Etat édite avec l'aide

du Centre de Rio une excellente revue sur la lèpre : *La Revista Brasileira de Leprologia*.

Dans les autres Etats organisation analogue mais moins bonne.

Ces deux expériences ne permettent pas de trancher le débat entre les partisans de la ségrégation et ceux qui veulent l'abolir.

L'expérience de la Nouvelle-Calédonie est trop récente.

Celle du Brésil n'est pas absolument concluante il semble que certains lépreux supportent mal la ségrégation et fuient les léproseries.

Ce système ne paraît pas devoir être aboli, mais il faut toujours quand on instaure l'isolement essayer de l'adoucir le plus possible.

Vu : le Président de la thèse,

L. TANON

Vu : le Doyen,

Tiffeneau.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. Roussy.

BIBLIOGRAPHIE

- ATAR. — La lèpre dans le Nord du Brésil. *Brasil Méd.*, 3 mai 1919.
- BARÉ (médecin capitaine). — La lèpre en Nouvelle-Calédonie. *Annales de Méd. et de Pharm. Coloniales*, n° 1, 1939.
- BURNET, D^r Etienne. — Le Centre International d'Etudes contre la lèpre de Rio-de-Janeiro. *International Journal of Leprosy*, n° 4, 1936. Rapport sur le voyage d'étude du secrétaire de la Commission de la lèpre en Europe, en Amérique du Sud et en Extrême-Orient Société des Nations, janv. 1929-juin 1930.
- CONTO. — A lepra e sua prophylaxia em Minas. Thèse inaugurale de Bello-Horizonte, 1919.
- COSTA-FEREIRA, D^r Isauro. — Etiologie y Prophylaxia da Lepra. *A Fohla Medica*, septembre 1939.
- DELORD, Ph. — La lèpre, 1931.
- DIMIZ, D^r Oreste. — Organizações da luta Antileprosa em Minas Geraes. *Revista Brasileira de Leprologia*, mars 1939.
- FLANDIN, D^r Charles. — Recent advances in Leprosy and

- the Methods adopted for Dealing with the Problem in France. *British Journal of Dermatology and Syphilis*, august-september 1938.
- FLANDIN Charles et RAGU Jean. — Origine, mode de contagion, durée d'incubation de la lèpre dans 95 cas dont 6 contractés dans la région parisienne. Traitement par les injections de Chaulmoogra-cholestérol. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, mars 1937.
- JEANSELME. — La lèpre, 1934.
- LAQUIÈZE. — Prophylaxie de la lèpre en Nouvelle-Calédonie et dépendances. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 10 juin-14 octobre 1931.
- LÉGER Marcel. — La lèpre dans nos colonies tropicales d'Amérique. Commission consultative de la lèpre, séance du 6 mai 1932.
- MARCELOUX. — La lèpre aux colonies et l'Institut de Bainako. *Paris Médical*, 1^{er} juin 1935. La lutte contre la lèpre dans les colonies françaises. *Rev. Col. Méd. Chir.*, septembre 1937.
- NELSON SOUZ-CAMPOS. — Etat actuel de la lèpre à Sao Paulo. *R. Brasil de Leprologia*.
- PINTO. — Prophylaxia da lepra. Academia Nacional de Medicina, juin 1926.
- PUPO, Professeur Aguiar. — O problema da lepra no Brasil, *Sciência Médica*, décembre 1926.
- RABELO Eduardo. — Prevention in Brazil. *Brasil Medico*, avril 1931. Impressões sobre a prophylaxia da lepra em Sao-Paulo. *R. Brasil de Leprologia*, mars 1935.

- RIBAS. — Prophylaxia da lepra. *Boletin de la Sociedad de Medicina e Cirurgia de Sao-Paulo*, mars 1920.
- ROBINEAU (médecin commandant). — La question de la lèpre au Maroc. *Rev. de Méd. et d'Hygiène Tropicale*, 1927-28. L'Institut Central de la lèpre en A.O.F., *Rev. Col. de Méd. et Chir.*, 15 juin 1936.
- ROLLIN. — Le problème de la lèpre dans les établissements français de l'Océanie. *Archives de l'Institut Prophylactique*, 1935.
- SALOMAO, D^r Abrahao. — Organizacoes da luta anti-leprosa em Minas-Geraes. *Rev. Brasil de Leprol*, mars 1939.
- SOARES José-Augusto. — Epidemiologia da lepra no Sud do Estado do Espiritu Santo. *Revist. Brasil de Leprol*, n° 2, vol. 5.
- SOREL. — Rapport à la Commission consultative de la lèpre, 13 mai 1938.
- SOUZA-ARANJO, H.-C. DE. — O problema da lepra, como resolvel, o no Brasil. *Scientia Medica*, avril 1927. Prophylaxie de la lèpre à Sao-Paulo. *Bulletin de la Société d'Assistance aux Lépreux et de Défense contre* Comptes rendus de la Commission consultative de la Lèpre à Sao-Paulo, 1931. A lepra e as organizacoes anti-leprosas do Brasil em 1936. *Memorias do Instituto Oswaldo-Cruz*, année 37, fasc. 1.
- STÉVENEL. — Traitement et prophylaxie de la lèpre aux colonies. *Marseille Médical*, 1931.
- TANON Louis. — La lèpre, maladies coloniales. *Rev. du Monde Médical. Les Nouveautés*, 1936-37 :

- I. — Conférence Internationale de la Lèpre, Berlin, octobre 1897.
 - II. — Conférence Internationale de la Lèpre, Bergen, août 1909.
 - III. — Conférence Internationale de la Lèpre, Strasbourg, juillet 1923.
Conférence de Marseille, février 1931.
 - IV. — Conférence Internationale de la Lèpre, Le Caire, 1938.
- Comptes rendus de la Commission consultative de la lèpre. La plupart ont paru dans la *Rev. Col. de Méd. et Chir.* à partir de 1932, surtout les numéros des 5 nov. 1937, 15 février 1938, 15 avril 1938.

